

Agressie is niet altijd agressie

Els Noorlander

Inleiding

De 24-jarige Roy wordt aangemeld voor opname op de dubbele-diagnoseafdeling van Delta Psychiatrisch Centrum. Hij gebruikt amfetamine en heeft gedragsstoornissen. Thuis doet hij niet veel meer dan gebruiken en op de bank liggen. Roy komt uit een gemengd Nederlands en Hindoestaans gezin. Hij heeft een jongere broer en goed-opgeleide, betrokken ouders. Hij is altijd een probleemkind geweest, tegendraads en erg beweeglijk. Hij heeft een opleiding op VMBO-niveau afgemaakt en heeft gewerkt als steigerbouwer. Vanaf zijn achttiende was er regelmatig sprake van amfetaminemisbruik, met als gevolg diefstal en het verlies van werk. Hij wordt aangemeld voor een diagnostische opname. Is er alleen sprake van verslavingsproblemen of ook van een persoonlijkheidsstoornis of wellicht ADHD?

Bij opname maakt patiënt een opgewekte, enthousiaste indruk. Hij lijkt een modelpatiënt, maar binnen enkele dagen komen er opvallende observaties van de afdeling. Bij groepsactiviteiten gaat Roy doorlopend discussies aan met de sportleider en vaktherapeuten. Deze discussies spitsen zich toe op geen zin hebben, andere dingen nuttiger vinden, enzovoort. Uiteindelijk doet hij altijd mee, en nog enthousiast ook, maar enkele uren later herhaalt het patroon zich. Nog lastiger is zijn gedrag bij non-verbale therapievormen; midden in groepsgesprekken doet hij stoere uitspraken die nergens op slaan: 'Je moet gewoon van je af slaan, dat doen wij steigerbouwers altijd', triomfantelijk rondkijkend alsof

de groep daar ook maar iets mee kan. Ook zit hij soms demonstratief ongeïnteresseerd te neuriën.

Psychologisch onderzoek levert intussen een ruim gemiddelde intelligentie op. Uit vragenlijsten, gericht afgenomen op een mogelijke ADHD-diagnose (inclusief heteroanamnese van de ouders) blijkt dat de diagnose ADD waarschijnlijk is.

Intussen doet zich nog een ander probleem voor. Roy haalt geregeld volslagen plotseling met zijn vuist uit naar iemands gezicht, zowel bij medepatiënten als bij de verpleging. Hij stopte altijd net voordat hij iemand raakt. Met dit gedrag komt hij steeds meer in de problemen, want de afdeling hanteert een 'zero tolerance'-beleid als het gaat om agressief en dreigend gedrag. Roy wordt dus stevig op dit gedrag aangesproken. Zijn reactie is steeds hetzelfde: hij heeft geen kwaad in de zin en kan het ook niet helpen. En toch gebeurt het even later weer. Zijn plotselinge agressieve acties roepen steeds meer irritatie op, en zijn behandeling dreigt erdoor te mislukken.

Zijn plotselinge uitvallen hebben echter niets met woede of irritatie te maken; ze gebeuren 'zomaar'. Als medewerkers erover blijven doorvragen roept hij op een gegeven moment wanhopig: 'Ik weet óók niet waarom ...!' Het vermoeden begint te ontstaan dat er iets anders aan de hand is dan puberaal imponeergedrag. Een zoektocht in de literatuur levert op dat Roy mogelijk een ticstoornis heeft: het syndroom van Gilles de la Tourette.

Syndroom van Gilles de la Tourette

Het syndroom van Gilles de la Tourette is een stoornis die vanaf de kinderjaren optreedt en gekenmerkt wordt door motorische en vocale tics. Een tic is een plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische, stereotiepe motorische

Els Noorlander (✉)

Drs. E. Noorlander is als psychiater verbonden aan afdeling De LooDDs, Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal. E-mail: elsnoorlander@cs.com.

beweging of vocale uiting. Tourette is vooral bekend vanwege de vocale tics: het plotseling uiten van scheldwoorden of schuttingtaal. Maar er zijn vele patiënten met andere symptomen: tandenknarsen, grommen, kreunen, snuiven en neuriën. De tics kunnen door de patiënt tijdelijk onderdrukt worden, maar dit gaat gepaard met stijgende spanning, zodat de tics er enige tijd later toch 'uitknallen'.

De diagnose Gilles de la Tourette is niet altijd gemakkelijk te stellen, want men kan eenvoudig symptomen over het hoofd zien. Een psychiater met specialistische kennis op dit gebied kan de patiënt spreken en een video-opname maken. Veel tics worden als het ware 'verstoppt' in op het eerste gezicht normale bewegingen. Een plotse beweging van een arm wordt bijvoorbeeld omgezet in door het haar woelen of de neus snuiten. Of zoals bij onze patiënt, in een min of meer speels aandoend agressief gebaar.

De conclusie van het onderzoek van Roy is dat er inderdaad meerdere tics optreden, zoals schouderophalen en met de ogen knipperen, waar Roy zich zelf niet van bewust is. Daarmee is Roy's merkwaardige gedrag begrijpelijk en daardoor ook beter bespreekbaar. 'Tourette' komt overigens regelmatig voor samen met obsessief-compulsief gedrag of met ADHD, dus de combinatie met ADD die Roy vertoont, is geen onbekend verschijnsel.

Ticstoornissen kunnen behandeld worden met neuroleptica zoals haloperidol, en ook met clonidine.

Methylfenidaat heeft de neiging tics te verergeren, wat ingewikkeld kan zijn als de patiënt zowel tics als ADHD vertoont.

Bij Roy wordt begonnen met clonidine. De effecten daarvan zijn niet direct zichtbaar; pas na weken lijken zijn uitbarstingen wat af te nemen. Wat wel opvalt - en wat zeker zo belangrijk is - is de grote opluchting bij Roy, nu hij zelf begrijpt wat er aan de hand is en het ook aan anderen kan uitleggen. Er zal nog wel tijd voor nodig zijn om de optimale medicatie voor Roy te bepalen en om duidelijk te krijgen of zijn ADD naast de ticstoornis onafhankelijk behandeld moet worden.

Tot besluit

Agressief gedrag kan een heel andere oorsprong hebben dan agressieve bedoelingen. Omdat patiënten met ticstoornissen als Gilles de la Tourette lang niet altijd zelf zicht hebben op de oorzaak van hun probleem, is het des te belangrijker dat de hulpverlener er oog voor heeft.

Literatuur

Buitelaar, J.K., & Wetering, B.J.M van de (1996). *Syndroom van Gilles de la Tourette. Een leidraad voor diagnostiek en behandeling*. Assen: Van Gorcum.